

421

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul LAFONT

Né à Paris le 11 janvier 1883

LA SITUATION CLINIQUE

DE LA

MÉLANCOLIE ANXIEUSE

Président : M. DÉJERINE, Professeur.

PARIS

JOUBE ET C^{ie}

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	{ ROGER
	{ HAYEM
Clinique médicale	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ DELBET
	{ QUENU
Clinique chirurgicale	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMEIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DEGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANCON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION.

En 1851, Baillarger et Fabret presque simultanément dérivèrent un « genre spécial de folie » dont, les accès étaient caractérisés par deux périodes régulières d'excitation et de dépression, la folie à double forme ou folie circulaire entité morbide nouvelle dont les phases n'étaient ni de la manie franche, ni de la mélancolie, mais qui devait néanmoins prendre dans le cadre nosologique une place voisine de ces deux syndromes classiques. On sait quel fut le sort qui lui fut réservé; accueillie d'abord froidement, admise ensuite par Foville, Ritti, elle prit définitivement place à la suite des travaux de Magnau, de Cullerre, de Régis, de Ballet, à côté de la manie et de la mélancolie récidivantes dans le groupe spécial des psychoses périodiques ou intermittentes.

Il devait être donné à Krapelin d'agrandir le domaine de ces psychoses intermittentes. Dans celle des éditions successives de son traité de psychiatrie qui parurent après 1899, Krapelin montra les rapports étroits unissant les états maniaques et les états de dépression, insista sur l'alternance, la coexistence, l'intrication possible chez un même sujet de

phénomènes d'excitation et de dépression et engloba dans la vaste famille psychopathologique de la folie maniaque dépressive, non seulement la manie et la mélancolie récidivantes mais aussi la manie franche des auteurs classiques et un bon nombre de cas de mélancolie.

Cette doctrine diversement accueillie par les psychiatres semble à l'heure actuelle avoir triomphé. Pour la manie, la question peut être considérée dès à présent comme résolue, à la suite des travaux de Deny et Camus, du rapport d'Antheaume au Congrès de Genève, des statistiques plus récentes du Professeur G. Ballet et de Charpentier.

La question de la mélancolie est plus délicate et plus discutée. Il est, en effet, une série de cas qu'il semble difficile d'assimiler à la psychose périodique. Ce sont toutes ces formes étudiées par les auteurs classiques sous le nom de mélancolie anxieuse, de mélancolie d'angoisse ou agitée, formes qui se montrent d'ordinaire pour la première fois à l'âge mûr ou au commencement de la vieillesse chez des sujets qui, parfois, ne présentent pas d'antécédents névropsychopathiques nets et qui n'ont pas la même tendance à la récurrence que les autres états dépressifs de la jeunesse. C'est à ces tableaux cliniques que certains auteurs assignaient depuis longtemps une place spéciale dans le cadre nosologique; ce sont elles que Morel proposait de détacher de la lypémanie d'Esquirol et que Wernicke sépare nettement de la

mélancolie pour les ranger à côté de la névrose d'an-goisie dans le groupe des psychopathies anxieuses. Ces conceptions, on le voit, sont tout à fait différentes de celles de la plupart des auteurs classiques qui refusent toute individualité à la mélancolie anxieuse. Si nous prenons, par exemple, le traité de M. Régis, nous y lisons « qu'à la base de toute mélancolie, il y a un trouble affectif, de la tristesse et que suivant les individus et suivant les cas, ce symptôme fondamental peut se manifester par de la tristesse simple, muette et passive, ou bien par de la tristesse agitée et inquiète, c'est l'anxiété ». La mélancolie anxieuse n'est donc, pour lui, qu'un cas particulier de la mélancolie simple, caractérisé par l'intensité de la douleur morale et de l'agitation qui, dans quelques cas, peut être aussi intense que celle de la manie, mais qui en diffère toujours profondément. Le diagnostic avec les états dépressifs circulaires ne se pose même pas, puisque d'après Régis, ces états ne diffèrent en rien de la manie et de la mélancolie ordinaires.

Kraepelin, aux dépens de ces états anxieux et de deux autres tableaux morbides qu'il désigne sous le nom de « dépression sénile » et de « délire dépressif » avait constitué la mélancolie d' « involution ou pré-sénile » entité morbide spécial, susceptible de guérison, mais pouvant aussi récidiver, évoluer vers la chronicité et se terminer même parfois par la démence, contrairement à la psychose maniaque

dépressive. Mais il était néanmoins difficile de tracer une limite exacte entre cette dernière et la mélancolie d'angoisse. Krapelin lui-même y insiste et montre à quelles erreurs on est exposé, à chaque instant, que certains états mixtes de la psychose maniaque dépressive peuvent simuler à merveille la mélancolie anxieuse. Il croit que la plupart des cas les plus typiques de la mélancolie, décrits par les auteurs, ont été empruntés à la folie circulaire dont quelques formes peuvent se montrer pour la première fois, à une époque assez avancée de l'existence chez certains sujets. Il admet également qu'il peut exister sur les frontières de sa mélancolie et la psychose maniaque dépressive des formes de passage entre les deux affections, comme il doit en exister entre cette même mélancolie et les psychoses de la vieillesse. Krapelin soutient cependant jusqu'à la 7^e édition de son *Traité* que le diagnostic de mélancolie peut se poser dans la majorité des cas, de façon ferme, en se basant sur la constatation de l'angoisse qui est le fond de la maladie, sur l'absence de barrage de la volonté, et par conséquent, de toute inhibition motrice et psychique, ce qui explique cette agitation, ce besoin qu'a le malade d'extérioriser son trouble affectif qui atteignent leur maximum dans la « *malancolia activa* ». La disposition affective du mélancolique lui semble différer autant de celle du circulaire que la psychose maniaque dépressive de la démence précoce ou de la paralysie générale.

Cependant, même dans les cas typiques présentés par lui, on ne peut s'empêcher de trouver parfois bien légères ces différences. Si nous prenons par exemple les deux premières Observations de mélancolie citées par Krapelin, dans son introduction à l'étude de la Psychiatrie clinique et que nous les comparions à l'Observation II de sa leçon sur les états mixtes, nous sommes frappés de l'analogie des deux tableaux symptomatiques. Dans tous les cas, il y a de l'anxiété, de la terreur, de l'agitation motrice peu marquée chez le premier mélancolique (*melancolia simplex*), beaucoup plus chez le second, et chez la circulaire, de l'insomnie, des idées de culpabilité. C'est seulement sur la constatation d'un certain degré d'inhibition psychique, parce que la dernière malade semble moins bien comprendre, se rendre imparfaitement compte de sa situation, qu'elle se trouve rangée dans la psychose maniaque dépressive.

La conception de la mélancolie anxieuse, d'après Krapelin, son absorption par la mélancolie d'involution ne tardèrent pas à être attaquées par ceux-mêmes qui avaient adopté ces classifications.

Kölpin, en 1904 s'efforce de montrer ce qu'a d'artificiel la distinction de Krapelin; il rapporte des observations de mélancolie anxieuse avec inhibition et d'autres cas typiques qui se sont montrés chez de jeunes sujets; il signale l'analogie des états anxieux et des états mixtes de la psychose maniaque dépressive.

Un peu plus tard, Thalbitzer, en 1906, propose de supprimer la mélancolie d'involution et soutient en particulier que la mélancolie anxieuse est un état mixte voisin de la manie coléreuse, opinion que réfute encore Kraepelin, dans la septième édition de son *Traité*.

C'est un élève de Krapelin, Dreyfuss qui porta le coup définitif à la mélancolie d'involution. Dans un travail paru, en 1907, Dreyfuss rapporte les résultats des recherches entreprises par lui sur les malades ayant séjourné ces dernières années à la clinique psychiatrique d'Heidelberg, et pour lesquels avait été porté le diagnostic de mélancolie. Il montre que, parmi les malades, ayant présenté un accès anxieux typique, les uns avaient eu auparavant au cours de leur existence, des crises d'excitation et de dépression plus ou moins nettes, que les autres en eurent par la suite, que ceux-mêmes dont l'accès fut unique, présentèrent, au cours de leur maladie des symptômes circulaires, tels que des phénomènes d'inhibition passagère d'ordinaire assez localisés, des oscillations affectives manifestes ayant parfois un caractère de périodicité dont le malade se rendait compte, de l'irritabilité, de véritables crises de colère, quelquefois des phénomènes maniaques francs transitoires avec euphorie. Pour Dreyfuss d'ailleurs, les caractères donnés par Krapelin comme propres à la mélancolie, le besoin de communication, l'exaltation frénétique de l'angoisse l'impulsion à parler, à agir, seraient éminemment maniaques dépressifs.

Jamais, il n'aurait observé du fait de la maladie d'affaiblissement démentiel, car dans tous les cas où l'intelligence du malade a fléchi, on pouvait incriminer l'artériosclérose. Chez quelques-uns, il s'agissait de phénomènes d'inhibition survenus au cours de l'accès et qui disparurent parfois au bout de plusieurs années. On avait donc à faire dans tous les cas à une forme de la psychose maniaque dépressive à apparition tardive, revêtant peut-être du fait de l'âge, une allure clinique un peu particulière et constituant un état mixte spécial.

Kraepelin s'est rendu aux arguments contenus dans le travail de Dreyfuss, et dans la préface qu'il lui a consacré, il convient qu'il n'y a plus de raison de séparer de la folie circulaire la plupart des faits qui constituaient sa mélancolie d'involution. Dans le Tome I de la 8^e édition de son *Traité*, il va même jusqu'à rayer cette dernière du nombre des entités morbides.

En même temps que Dreyfuss, Specht d'Erlangen s'est efforcé de résoudre dans le même sens la question de la mélancolie. D'après lui, il est commun de rencontrer au cours de la psychose maniaque dépressive le plus légitime des états absolument identiques à la mélancolie anxieuse. On observera par exemple chez le même malade successivement des états caractérisés par de l'angoisse unie à de l'inhibition motrice avec fuite d'idées, ou à de l'agitation motrice avec inhibition idéatoire. L'angoisse serait un phénomène

très fréquent chez les circulaires, mais l'association d'inhibition la fait souvent passer inaperçue.

La mélancolie d'angoisse est pour Specht absolument analogue à ce que Krapelin et Weygandt décrivent sous le nom d' « agitation dépressive ou de « dépression agitée ». C'est un type parfait d'état mixte dans lequel on peut mettre en évidence des symptômes mélancoliques et des symptômes maniaques d'importance capitale. Il ne faut pas en effet, d'après cet auteur, voir de lien de causalité net entre l'état anxieux et l'excitation motrice et psychique des malades, comme le soutiennent à tort les classiques. Sans doute, l'anxiété se traduit au dehors par sa mimique spéciale, une certaine expression du visage, du regard, quelques gestes, mais l'agitation dite anxieuse n'est qu'un syndrome associé à l'angoisse, de même que l'excitation psychique souvent concomitante et leur intensité ne mesurent nullement celle du trouble affectif; ces symptômes associés peuvent manquer ou disparaître, réalisant les tableaux cliniques de la mélancolie anxieuse sans agitation ou de la stupeur anxieuse. La mélancolie anxieuse est donc éminemment maniaque dépressive ou plus exactement, d'après Specht, maniaque mélancolique, car ce dernier terme exprime mieux l'opposition des deux syndrômes.

En France, une opinion à peu près identique a été émise récemment par notre maître le docteur Deny qui, dans son cours de la Salpêtrière de 1909, admit la

classification de la mélancolie anxieuse parmi les états mixtes circulaires. Ce sont les arguments fournis par cet auteur que nous reprendrons et analyserons dans le présent travail. Nous chercherons par l'analyse de plusieurs cas de mélancolie anxieuse et l'étude de leur évolution de dégager, sans parti pris, tout ce qui plaide en faveur ou contre la théorie, et nous verrons, s'il est possible d'assigner aux tableaux cliniques que nous aurons examinés une place déterminée dans le cadre de la psychose maniaque dépressive.

ÉTUDE CLINIQUE.

La mélancolie anxieuse débute rarement de façon brusque et imprévue. Son apparition est d'ordinaire précédée de phénomènes morbides variés, dont l'origine remonte souvent à de nombreuses années, phénomènes auxquels le malade n'a prêté souvent que peu d'attention ou qu'il a dissimulé à son entourage. Tantôt il s'agit de constipation, de troubles gastriques, d'anorexie, de céphalalgie, de troubles cardiaques ou vaso-moteurs, de bourdonnements d'oreilles, tantôt d'accidents névro-psychopathiques mieux caractérisés : c'est une sensation indéfinissable d'inquiétude de terreur, d'anxiété avec pleine conscience réalisant le tableau clinique de la névrose d'angoisse, apparaissant et disparaissant sans cause provocatrice, ou bien ce sont des phénomènes cyclothymiques plus nets, des syndromes épisodiques obsessifs ou impulsifs dont la fréquence, l'alternance avec des crises de mélancolie anxieuse typique ont été maintes fois signalées. On sait que récemment encore, la question des rapports de la mélancolie anxieuse, des obsessions, de la cyclothymie a fait l'objet de plusieurs discussions et a été résolue par certains auteurs dans un sens favorable. Souvent, les malades ont été durant toute leur vie des émotifs, tressaillant au moindre bruit, rougissant et pâlisant à la moindre contrariété, per-

dant contenance, sujets aux hésitations, aux scrupules, aux découragements prématurés, organismes fragiles que déséquilibrait le choc le plus insignifiant. Il est cependant des cas où l'enquête la plus minutieuse ne révèle rien de net dans les antécédents du malade et de ses ascendants, mais il est toujours difficile d'affirmer que l'affection s'est développée sur un terrain absolument normal, et la plupart du temps, il eût été sans doute possible à un observateur instruit, vivant au contact du malade de déceler longtemps avant les signes légers, mais évidents, d'un déséquilibre affectif constitutionnel.

Les circonstances extérieures ont une influence manifeste, mais non nécessaire sur le développement de l'accès; le surmenage, les privations, les revers viennent souvent combiner leur influence à celle des troubles organiques occasionnés par les infections, la grossesse, la ménopause pour déclencher la prédisposition psychopathique encore latente.

Le début de l'accès est annoncé par un sentiment d'inquiétude, la sensation d'un malheur imminent; le malade ne peut plus tenir en place, le sommeil lui devient impossible, quelque chose d'inexprimable s'est appesanti sur lui. Il souffre d'une façon aiguë et localise sa douleur d'ordinaire dans la région épigastrique ou dans la région précordiale : c'est un poids qui lui pèse sur la poitrine, une bête qui le ronge ou bien sa tête est serrée comme dans un étau, et il y porte constamment la main. D'autres malades souffrent de façon diffuse, « partout et nulle part », disent-ils.

Les idées délirantes ne tardent pas à apparaître et

précèdent même souvent l'apparition des paroxysmes anxieux. Ce sont des idées de culpabilité, d'auto-accusation extrêmement variées suivant les préoccupations habituelles, le niveau intellectuel et surtout moral du malade, son éducation ; quelquefois, ce sont des idées de persécution.— D'ordinaire, il va chercher plus ou moins loin dans des souvenirs, des fautes réelles ou imaginaires dont le peu de gravité contraste étrangement avec l'importance qu'il leur attribue. « Il a volé, par exemple, une petite somme d'argent dans sa jeunesse, manqué de respect à une personne âgées, mal soigné l'un des siens au cours d'une maladie, négligé ses devoirs religieux. Tout ce que ces malades font, tout ce qu'ils ont fait, est pour eux sujet de tourment. S'ils consentent à venir consulter le médecin, ils le regrettent aussitôt ; ils se reprochent d'être venus à l'asile : « Je n'aurais pas dû, j'ai eu tort il est trop tard maintenant » Ils sont hantés par le regret obsédant du passé, qui était si beau ; à présent, tout est perdu par leur faute. Ils ont causé la perte des leurs ; ils font le malheur de ceux qui les entourent. Quelquefois, leurs auto-accusations prennent un caractère mégalomane « Ils ont ruiné la France, l'humanité ; ils sont de véritables fléaux, des démons ». Chez certains mélancoliques, l'anxiété du passé existe seul ; chez d'autres, c'est la crainte de l'avenir qui occupe le premier plan. C'est surtout sur ce sentiment d'attente pénible d'un malheur imminent qu'ont insisté les classiques. Le lendemain leur apparaît plein de menaces ; ils sont irrémédiablement condamnés ; nulle puissance ne peut leur éviter le châtement qui les attend ou ne peut empêcher la

maladie qui les a frappés d'accomplir inexorablement son œuvre. Quelquefois, en effet, ils reconnaissent qu'ils sont véritablement malades, mais l'affection dont ils souffrent est pour eux mystérieuse et ingué-rissable; souvent, les anxieux hypocondriaques croient l'avoir contractée autrefois par leur faute; à l'heure actuelle, leur santé est perdue, tel ou tel de leurs organes est gravement attaqué et il est impossible d'y apporter remède, car ils ont attendu trop tard et méconnu les conseils de leur médecin.

Dans quelques cas, les malades interprètent tout ce qui se passe autour d'eux, l'attitude, les conversations des personnes qui les entourent : « On les regarde avec mépris ou avec colère, on se raconte les crimes qu'ils ont commis, on s'écarte d'eux avec dégoût, on discute la peine qu'on va leur infliger, on écrit leur acte d'accusation » Chez ceux d'entre eux où ces tendances interprétatives sont très marquées des phénomènes psychologiques encore plus complexes peuvent se produire; les malades peuvent attribuer à une influence extérieure certains troubles sensoriels et sensitifs ressentis par eux; certaines de leurs idées délirantes à caractère obsédant peuvent prendre un aspect hallucinatoire; le malade se plaint alors de ce qu'on le force à penser malgré lui, à dire des choses qu'il ne voudrait pas dire; à un degré de plus, ce sont des voix intérieures qu'il localise dans sa tête ou dans une région quelconque de son corps. Enfin, on peut parfois se croire en présence d'hallucinations auditives véritables, mais il semble que dans la grande majorité des cas, elles soient réductibles au mécanisme de l'interprétation. Les hallucinations

auditives sont rares, si même elles existent, dans la mélancolie anxieuse. On peut faire les même remarques au sujet des hallucinations visuelles. Il s'agit plutôt d'illusions et d'interprétations; le malade voit du sang les flammes de l'enfer; c'est sans doute l'association d'un trouble sensoriel élémentaire à des idées ou des représentations mentales obsédantes qui confère à ces dernières le caractère hallucinatoire. Les modifications de la sensibilité gustative sont fréquentes; les aliments paraissent au malade avoir un goût de poison, de soufre : la sitiphobie en est la conséquence fréquente, lorsqu'elle n'est pas consécutive à des idées de ruines ou d'auto-accusation. L'odorat est également souvent troublé; le malade se plaint de respirer de mauvaises odeurs; souvent il s'accuse de les exhaler lui-même et d'empester son entourage.

Toutes les impressions sensorielles ou sensitives normales sont perçues de façon inaccoutumée; la sensibilité interne organique est souvent modifiée. Les sons n'ont plus le même timbre, la lumière ne brille plus comme avant aux yeux des malades; il semble souvent qu'un voile soit tombé entre eux et le monde extérieur. Il y a souvent des troubles de la sensibilité cutanée, génitale de l'anesthésie ou à l'hypéresthésie plus ou moins nette. Ces modifications sensitives ou sensorielles sont-elles la conséquence d'un trouble réel et d'ordinaire transitoire des appareils nerveux correspondants ou bien les sensations normalement transmises sont-elles perçues de façon défectueuse par le psychisme troublé, ou bien encore les deux mécanismes se combinent-ils, c'est ce qu'il est

difficile de savoir. Ce qui paraît rendre vraisemblable un certain degré de diminution de la sensibilité à la douleur plus que toutes les explorations auxquelles on peut se livrer sur les malades, ce sont les auto-mutilations l'énucléation des yeux, l'arrachement des organes génitaux par exemple, les lésions moins graves, telles que les écorchures, les plaies que certains anxieux ravivent constamment, les tentatives de suicide suivant des procédés parfois épouvantables qu'il n'est pas rare d'observer chez eux.

C'est à la faveur des troubles cénesthésiques et sensoriels que se développent chez certains malades anxieux ces idées de possession, de dédoublement, de transformation de la personnalité, de négation, d'éternité, tous les éléments divers du syndrome de Cotard.

Les sentiments du malade à l'égard de ceux qu'il aimait peuvent être différemment touchés. Dans quelques cas, l'affection qu'il avait pour les siens peut avoir disparu ; il les contemple en étranger, indifférent à tout ce qui n'est pas sa propre douleur ; ou bien il se reproche de ne pas les aimer comme au paravant. Parfois, au contraire, il les accable de démonstrations passionnées, il concentre sur eux toutes ses craintes, il est obsédé par la pensée de leur mort imminente.

L'aspect du malade, son attitude, sa mimique sont caractéristiques.

C'est à des degrés divers le tableau clinique de l'agitation anxieuse. Ses gestes sont expressifs ; sa figure est contractée, le regard fixe exprime la terreur ou la désolation. Il ne peut tenir en place, marche de

long en large, levant les bras au ciel, joignant les mains, laissant échapper des plaintes inarticulées, des gémissements ou des exclamations entrecoupées. Les uns s'isolent de toute société et se réfugient dans un coin solitaire où ils répètent sans cesse à haute voix avec de grands gestes le récit de leurs tourments. D'autres sont à l'affût des visiteurs, les poursuivent de leurs plaintes, les implorent à genoux, cherchent des consolations absolument inutiles. Certains ont des gestes affectés, une attitude un peu théâtrale ; ils semblent se plaisir dans leur douleur. Chez d'autres encore, l'agitation motrice est moins marquée ; ils restent assis et ne traduisent leur anxiété que d'une façon intermittente par quelques mouvements et quelques gémissements.

Il est fréquent de voir les mélancoliques anxieux se livrer à certaines manœuvres stéréotypées prenant le caractère de véritables tics. Souvent ils s'arrachent les cheveux, s'égratignent les doigts, se frottent constamment la région épigastrique. Ils semblent vouloir réveiller ainsi leur sensibilité vraisemblablement troublée, ainsi que nous l'avons signalé. Chez quelques-uns, plus rarement, on peut observer des manœuvres de masturbation. Certains ont des accès de violence extrême au cours desquels ils se jettent contre les murs, se frappent le front du poing, s'arrachent littéralement avec leurs ongles. C'est surtout chez ces malades que l'on doit craindre des tentatives de suicide, d'auto-mutilations, d'homicide qui se produisent ainsi de façon brutale et impulsive, mais ces mêmes actes ne sont pas rares chez les malades plus calmes qui souvent méditent leur

projet en cachette et choisissent pour le mettre à exécution le moment où ils ne sont pas surveillés. C'est alors une idée délirante qui les guide; c'est pour se punir ou pour éviter à eux-mêmes ou aux leurs les pires des maux qu'ils se tuent ou deviennent criminels.

Les exhortations, les conseils restent sans effet sur leur façon d'agir comme la discussion ne peut entamer leur délire, fonction de leur trouble affectif. Essayer de les convaincre de l'invraisemblance, de l'absurdité de leurs auto-accusations est absolument chimérique. Ils semblent ne pas vous comprendre et la discussion n'aboutit qu'à fortifier leur certitude, à leur fournir quelquefois dès arguments et desformules qu'ils n'auraient pas trouvés seuls.

Lorsqu'ils ne sont pas trop anxieux ni trop agités, on peut obtenir d'eux des réponses correctes sur tout autre sujet témoignant de la bonne conservation de leur mémoire, de l'absence habituelle d'inhibition psychique. Ils ont même parfois une certaine conscience de leur état morbide et peuvent à l'occasion corriger leurs idées délirantes. L'orientation est d'ordinaire bien conservée; ce n'est guère que, dans les cas extrêmement graves avec anxiété intense, état panophtique que le malade semble méconnaître l'endroit où il se trouve. L'hôpital devient une prison, les médecins sont des bourreaux; tous les objets qui l'entourent, sont transformés et prennent un caractère fantastique; les personnes qui viennent le voir, ne sont plus les vraies.

Tel est l'aspect clinique habituel de la mélancolie anxieuse. On conçoit qu'elle puisse, suivant le degré de

l'agitation, l'importance du délire, réaliser des tableaux cliniques multiples et ces tableaux peuvent se succéder l'une à l'autre au cours d'un même accès chez le même malade.

Après quelques jours d'agitation, le malade souvent se calme, de façon transitoire ; sa figure s'éclaire parfois d'un sourire qui n'exprime pas toujours, ainsi que le veut Kræpelin, l'« ironie de soi-même » ; il s'intéresse alors à ce qui se passe autour de lui, réclame du travail et s'y adonne avec une activité fiévreuse, parfois pour échapper au reproche d'oisiveté, souvent aussi parce qu'il éprouve un besoin impérieux d'activité. Il se montre alors satisfait, quelquefois même euphorique, parlant beaucoup, riant et plaisantant, mais il annonce souvent que cet état est transitoire et que la maladie le reprendra bientôt. Parfois, on note des mouvements d'impatience, de colère.

La durée total de l'accès est assez variable, mais le retour à la santé ne s'observe guère avant plusieurs mois, et souvent même des années. Habituellement, l'état du malade passe par une série d'améliorations et d'aggravations successives avant que s'installe définitivement la guérison. Celle-ci peut cependant se produire brusquement, ce qui, pour Kræpelin, signifiait toujours que l'on avait à faire à une manifestation de la psychose maniaque dépressive ; l'anxiété ferait habituellement place à de la gaieté. Les signes de pronostic favorable sont, d'après cet auteur, l'augmentation progressive du poids, la durée plus longue des rémissions de l'angoisse, le retour de l'intérêt pour les occupations habituelles, mais pen-

dant quelque temps encore après la guérison, le malade resterait plus impressionnable, plus hésitant, plus sensible aux contrariétés, au surmenage. La mort peut survenir au cours de l'accès, surtout dans le cas d'agitation intense avec refus d'alimentation; elle est la conséquence habituelle d'une complication infectieuse.

Enfin, la maladie peut passer à la chronicité, et cette évolution se produit suivant divers modes. Tantôt l'agitation s'apaise, les idées délirantes disparaissent, mais le malade, malgré une conscience partielle de son état, reste un être émoussé, faible, pleurnicheur, incapable d'une action sérieuse. Ou bien les idées délirantes se systématisent et persistent indéfiniment. Dans quelques cas, le malade reste toujours aussi agité, mais l'angoisse s'atténue; ses idées délirantes restent les mêmes, mais il en parle d'un ton indifférent, automatique, sans avoir l'air d'y ajouter foi. Une malade de la Salpêtrière, ancienne anxieuse avec idées de transformation corporelle, et délire mégalo-mélancolique, ressasse depuis plusieurs années avec des gestes stéréotypés les mêmes absurdités, et cela avec si peu de conviction apparente, qu'elle donne au premier abord l'impression de se moquer de ses interlocuteurs. Il semble qu'il ne s'agisse chez elle que d'une façon particulière de donner libre cours à un besoin impérieux d'agitation psychique et physique qui se dépense à d'autres moments en impulsion, verbales grossières, en crises de colère passagères, immotivées, presque automatiques; ce désarroi psychique et moteur coexiste avec une intégrité parfaite de la mémoire, de l'intel-

ligence, une observation et un jugement très exact de tout ce qui se passe autour d'elle. C'est un tableau morbide qui nous paraît se rapprocher assez de ce que Krapelin décrit sous le nom d' « états d'embourbement ».

Au tableau clinique de la mélancolie anxieuse classique, tel que nous venons de le donner, il conviendrait d'opposer une description de la dépression mélancolique pure et de la mélancolie avec anxiété intermittente, à confronter systématiquement les symptômes décrits de part et d'autre, et de faire ressortir les différences et les analogies si elles existent. Nous nous contenterons de rapporter des observations ou fragments d'observations de ces différents types cliniques et de les commenter chemin faisant.

OBSERVATION I.

Dépression mélancolique simple. — 1^{er} Accès.

Lé..., âgée de 16 ans, entre dans le service du Docteur Deny dans un état de dépression mélancolique ayant débuté six mois auparavant. La malade est immobile, le facies est triste, le regard baissé. Les mouvements sont ralentis, les processus psychiques également. Elle ne répond qu'avec lenteur aux questions, mais avec exactitude. Par moments, surtout si on lui parle un peu fort, sa figure se contracte, exprime une douleur passagère; il semble qu'elle va pleurer, mais bientôt elle retombe dans sa torpeur. Quelques jours après son entrée, son état s'améliore, elle revient rapidement à un état normal d'activité et de gaieté. Voici la description qu'elle nous fait à ce moment de la maladie : « Au début, j'étais triste, je m'en-nuyais, je sentais que je n'étais pas comme auparavant ; j'étais

dépaysée partout où j'étais. Plus tard, il me semblait que je ne pouvais pas bouger, que j'étais paralysée, surtout lorsqu'il s'agissait de répondre aux questions qu'on me posait. Je ne comprenais pas tout ce qu'on me disait ou je le comprenais de travers et je ne m'en apercevais que quelques minutes après. J'étais toute drôle; je ne m'intéressais à rien. Je restais immobile sans penser, sans avoir d'idées justes. J'étais ennuyée, mais je ne souffrais pas beaucoup. Par moments, je sentais quelque chose se serrer dans ma poitrine, surtout si l'on me parlait alors, j'avais peur et il me semblait qu'un malheur allait arriver ». Cet état de dépression semble avoir été traversé peu de temps avant l'entrée de la malade à l'asile par un court épisode hypomaniaque — suivi d'une courte rémission.

Voici d'autre part l'observation d'une malade chez laquelle coexistent avec des épisodes anxieux des plus nets des phénomènes d'inhibition indéniables.

OBSERVATION II.

Dépression mélancolique. — Deuxième accès — Anxiété et agitation par intervalles.

F..., à déjà eu une crise de dépression quelques années auparavant. Elle entre en septembre 1909, à la Salpêtrière. Elle présente tous les signes cliniques de la mélancolie classique : tristesse, immobilité, ralentissement psychique, inquiétudes sur l'avenir; elle est persuadée qu'elle est ruinée, que ses enfants vont tomber dans la misère. Par moments, son inquiétude semble s'accroître; elle ne peut tenir en place mais tout se passe assez rapidement. Son état s'améliore assez rapidement; elle a bientôt pleine conscience de sa maladie passée et peut la décrire très exactement. « Elle était triste, engourdie, n'ayant

de goût à rien ; il lui semblait que tout allait mal, mais sa souffrance était supportable. Par moments, son cœur se serrait les idées se pressaient en foule à son esprit ; elle éprouvait un besoin impérieux de se mouvoir. Souvent, avant son entrée à l'asile, elle se frappait, se jetait la tête contre les murs, et chose qui étonne actuellement la malade, elle se sentait poussée malgré elle à chanter sur un ton joyeux tous ses malheurs. Il y avait comme un éclair de gaieté traversant sa douleur au moment où elle était à son comble.

Ce mode paradoxal d'extérioriser un état affectif pénible sur lequel nous aurons l'occasion de revenir n'est pas absolument rare. Nous avons eu l'occasion d'observer une autre malade, anxieuse également, hypocondriaque, présentant des idées d'empoisonnement qui, dans les paroxysmes de son inquiétude se mettait à rire et à chanter : « Je suis folle, j'irai avec les folles ».

Voici maintenant l'observation d'une circulaire typique chez laquelle se trouva réalisé de façon transitoire un état très voisin de la mélancolie anxieuse classique.

OBSERVATION III.

H..., 18 ans a présenté à plusieurs reprises des phénomènes d'excitation maniaque avec fuite d'idées, agitation motrice, euphorie. La malade qui, notablement améliorée, était sortie quelques jours dans sa famille, est prise au milieu de la nuit qui suivit sa rentrée à la Salpêtrière d'une crise de colère violente et immotivée : elle crie, se dénoue les cheveux, brise les objets qui l'entourent. Le lendemain, son état change. Elle s'approche de nous en gémissant, les cheveux épars, sanglote,

pousse des exclamations entrecoupées. « Je suis malheureuse, pardonnez-moi ». Par moments, elle cherche à se frapper la tête contre les murs, elle s'égratigne. Il est impossible d'obtenir d'elle aucune réponse; elle semble psychiquement inhibée. Quelques heures après, l'agitation s'apaise, mais l'anxiété reste intense. La malade demeure couchée, la face contre terre, poussant des gémissements continuels et incapable de répondre : c'est un véritable état de stupeur qui fit place assez rapidement dans les heures qui suivirent à de l'excitation coléreuse, puis à de la manie franche avec euphorie.

Chez la malade dont nous allons rapporter maintenant l'observation, l'apparition du tableau clinique complet de la mélancolie anxieuse a été précédé de celui de la dépression mélancolique simple.

OBSERVATION IV.

Mélancolie. — Idées de culpabilité. — Agitation anxieuse. — Tendances impulsives.

B..., âgée de 56 ans, entre le 2 juin 1909, à la Salpêtrière. Une de ses sœurs présenterait depuis deux ans des troubles psychiques analogues; elle-même aurait eu, il y a trente ans, à l'occasion d'un accouchement des phénomènes de dépression comme à l'heure actuelle. En temps normal, elle est d'un caractère assez gai, égal, très scrupuleuse et assez religieuse.

Depuis quatre ans, époque de la mort de son mari, elle devient plus triste, refusant de manger le soir. Les règles se suppriment complètement à ce moment.

Depuis un mois et demi, la tristesse de la malade s'est accrue de façon assez brusque et sans aucune raison apparente. Elle restait toute la journée assise sur une chaise sans parler; par instants, elle se lève, s'agite, marche de long en large,

pousse quelques plaintes pour retomber dans son mutisme et son immobilité. Elle ne s'occupe plus de rien. Quelquefois, elle présente des périodes d'accalmie de deux ou trois jours, mais elle annonce que la maladie va la reprendre bientôt. Dès le début, elle avait annoncé à ses filles qu'elle devenait folle, qu'elle allait avoir la même maladie que sa sœur.

Une dizaine de jours avant son entrée, les phénomènes d'excitation s'étaient accentués, et la malade avait commencé à se masturber, disant qu'elle y était poussée par le diable et qu'elle n'y éprouvait aucun plaisir.

Idées délirantes d'auto-accusation, d'incurabilité : elle est damnée, parce qu'elle a mal agi envers Dieu ; elle déshonore ses enfants ; elle a été la cause de la mort de son mari ; jamais, les médecins n'ont vu un cas semblable au sien. Son visage, ses yeux sont changés ; elle n'ose sortir dans la rue, ayant peur des moqueries méritées des passants. Elle se plaint de ne plus aimer ses enfants comme auparavant, de ne plus pouvoir pleurer, de sentir sur sa poitrine un poids qui l'empêche de parler. Le monde extérieur ne lui paraît pas changé ; ses enfants n'ont pas changé non plus, mais bientôt ils vont dépérir comme elle.

Rien de particulier à l'examen physique.

Dans les premières semaines de son séjour à l'asile, la malade fut assez calme ; elle se promenait triste dans la cour, sans parler à personne.

À la fin de la première quinzaine de juillet, l'agitation s'installe et devient continue ; la malade se démène sans cesse, répétant d'une voix tremblante qu'elle est perdue, damnée, que ses enfants vont mourir, être brûlés. Elle gesticule, cherche à se frapper, ramasse des cailloux : « Je suis en prison, que va-t-il arriver ? » À plusieurs reprises, elle présenta des impulsions violentes, et se jeta même sur une infirmière pour l'étrangler.

Elle recommence à s'adonner à la masturbation, de façon

presque incessante sans qu'il soit possible de l'en empêcher, jour et nuit. Elle se dépouille de ses vêtements devant tout le monde. Lorsqu'on lui attache les mains, elle va se frotter contre les objets qu'elle peut rencontrer, demandant sans cesse qu'on lui laisse la liberté. Elle répète toujours sans interruption les mêmes auto-accusations. Souvent, elle présente des mouvements de colère; sa figure prend une expression mauvaise : « Je suis damnée si je pouvais vous damner tous et damner le monde entier, je le ferais. » Cherche à frapper.

Dans les moments où elle est plus calme, on peut fixer son attention assez facilement. Elle répond alors facilement aux questions; l'inhibition a considérablement diminué. Sa mémoire est assez bonne. Son affection pour ses enfants semble plutôt accrue; elle en parle sans cesse.

Au cours des mois d'août et septembre, l'état de la malade ne s'améliore pas. Son agitation reste toujours la même, ainsi que ses idées délirantes. Elle se masturbait encore et avait les mêmes impulsions violentes. Le 26 septembre, sa famille la réclama et la reprit, malgré tous les conseils.

Voici maintenant les observations de deux mélancoliques anxieuses classiques que nous avons observées et suivies à la Salpêtrière, l'une d'entre elles pendant près d'une année.

OBSÉRVATION V.

Mélancolie anxieuse aiguë. — Premier accès : Idées de culpabilité, auto-mutilation et suicide, anxiété du passé, remords. — Rémission de deux mois. — Deuxième accès semblable au premier.

An... âgée de 43 ans, entre 15 mai 1909 dans le service du docteur Deny, à la Salpêtrière. Rien de particulier à signaler

dans ses antécédents héréditaires : père et mère seulement un peu nerveux. D'après les renseignements fournis par son mari, la malade aurait eu une jeunesse normale. Mariée en 1892, elle a eu deux filles en 1895 et 1897. Les grossesses se sont passé normalement. Seulement après avoir nourri la seconde, elle se trouva pendant une période de quelques semaines triste, fatiguée, découragée, s'inquiétant plus que de coutume. A ce moment, en particulier, elle voyait toujours les choses par leur mauvais côté et se demandait sans cesse ce qui allait arriver si tel événement se produisait. Dans la suite, elle redevint plus gaie. Elle avait énormément d'affection pour son mari et ses enfants et se montrait toujours préoccupée de leur santé, les obligeant à se soigner à la moindre alerte et se surmenant pour leur assurer une propreté méticuleuse. La moindre indisposition la rendait anxieuse, mais elle se calmait assez vite. Elle ne pensait guère à elle-même. En 1907, à la suite de fatigues exagérées, des troubles gastriques assez sérieux, la forcèrent au repos pendant quelques semaines.

La maladie actuelle débuta au commencement d'avril 1909. Depuis quelques semaines déjà, elle se montrait inquiète au sujet de la santé de ses enfants, craignant surtout pour eux les microbes. Au commencement d'avril une de ses filles contracte la scarlatine; tout se passe normalement, jusqu'au jour où le médecin annonce qu'elle a un peu d'albumine dans ses urines. La malade est frappée par ce mot; elle considère sa fille gravement atteinte et se persuade que tout est arrivé par sa faute, que si elle l'avait mieux soignée, cette complication ne se serait pas produite. Elle répétait à tous propos que l'enfant était perdue; néanmoins, elle n'interrompt pas pour cela le cours de sa vie normale et travaille même avec une activité fiévreuse.

Vers la convalescence, le médecin, dans l'intérêt de l'enfant et de la mère qu'il trouve fatiguée, conseille à toute la famille

d'aller passer quelques mois à la campagne. Au début, tout va bien; la malade semble revenue à la tranquillité et à la gaieté, mais cela ne dure que quelques jours. Une après-midi, en l'absence de son mari, parti pour son travail à Paris, elle se sent tout à coup reprise d'angoisse; l'idée lui vient qu'il est peut-être arrivé malheur à son mari, qu'il ne reviendra plus. Elle quitte aussitôt le travail qu'elle était en train de faire et saisissant par la main ses deux filles épouvantées, leur répétant que leur père était mort, elle part sur la route à sa recherche et le rencontre d'ailleurs presque aussitôt. Elle se ressaisit à sa vue, mais son anxiété ne diminue pas; elle change simplement de caractère. Dès lors, elle se reproche constamment ce qu'elle a fait là; elle se sent coupable vis-à-vis de ses filles qu'elles a épouvantée pour une idée ridicule qui a germé dans son cerveau. Elle les a rendu malades; elle a compromis leur cure d'air. Tout est perdu maintenant; il est trop tard pour réparer le mal qu'elle a fait. Elle les voit pâlir et s'amaigrir. Elle s'agite sans cesse, se tord les mains, gémit, se frappe la poitrine; sa conviction est inébranlable et n'admet pas la discussion. Elle ne dort plus, ne parle plus que de mourir et tente de se jeter par la fenêtre. C'est dans cet état qu'elle est amenée à la Salpêtrière.

La malade est alors dans un état d'anxiété manifeste; elle ne peut tenir en place; assise, elle se lève immédiatement, se saisit la tête entre ses mains, regarde devant elle avec un air effrayé, fait quelques pas en avant, puis recule aussitôt, fait le geste d'arracher de sa poitrine ses vêtements, comme s'ils la serraient trop; elle pousse à chaque instant des soupirs des plaintes, parle d'une voix tremblante, entrecoupée : « C'est affreux, je suis coupable, quel malheur ». De temps en temps, elle se calme, mais pour quelques instants seulement.

Il est impossible d'obtenir d'elle de réponses sur d'autres sujets que ceux qui la préoccupent actuellement. Elle n'y

prête aucune attention. En revanche, elle se montre proluxe sur ses malheurs et des fautes dont elle se croit coupable. Elle dit avoir fait beaucoup de mal. Dès le début, elle a senti qu'un grand malheur pesait sur elle et surtout sur les siens, à cause d'elle. Son mari et ses enfants vont languir et mourir par sa faute. Elle les voit pâlir et changer. Elle sent autour d'elle dans tout ce qu'elle voit quelque chose de mystérieux. Tout lui paraît de sinistre présage. Le médecin et le pharmacien avaient en lui parlant un air grave inaccoutumé. Elle reconnaît cependant qu'elle a eu tort d'essayer de se tuer. Elle convient qu'à ce moment-là, elle était malade. Elle se plaint de souffrir par moments de la tête et de ne pouvoir pleurer, ce qui la fait souffrir d'autant plus.

Toutes ces idées délirantes ne sont pas systématisées. Elle affirme, elle est convaincue de ce qu'elle dit, mais elle n'en donne aucune raison. Les objections ne la touchent pas; elle semble ne pas les entendre. Elle ne communique véritablement qu'avec l'interlocuteur qui l'entretient de ses malheurs et de ses fautes. Alors, elle s'anime encore davantage.

À l'examen physique, on note de l'exagération des réflexes tendineux, une vraie vaso-motrice très nette. La malade tremble au moindre bruit, sursaute si on la touche, son visage est rouge par moments; elle le cache souvent dans ses mains. Elle n'a pas de sensation de constriction à la gorge ou à la poitrine; elle dit souffrir partout mais surtout moralement. Elle se plaint de ne pouvoir pleurer et est cependant secouée de sanglots. La langue est saburrale, son haleine fétide, sa respiration rapide et un peu superficielle. Le pouls est bien frappé à 83.

Le soir même de son entrée, l'anxiété de la malade s'était calmée; elle se sentait presque heureuse. Au moment de s'en dormir, il lui sembla entendre une voix qui lui disait : « Elle ne couchera plus ici demain. » Elle en conclut aussitôt qu'on

va venir la chercher pour la mettre en prison, et désespérée, elle tente de s'étrangler aussitôt avec une de ses jarrettières. Des tentatives de suicide se répétèrent par la suite deux ou trois fois à quelques jours d'intervalle.

Dès lors, l'état anxieux va se maintenir intense avec quelques moments d'atténuation seulement. Les préoccupations délirantes et l'agitation vont demeurer à peu près les mêmes. Voici, à titre d'exemple, ce que disait la malade spontanément, trois jours après son entrée :

« C'est le passé que je regrette, le passé il y a trois mois. Comme la vie était bonne alors. Je ne pensais pas devenir ainsi. Tout le monde m'aimait; on doit me détester autant maintenant. Mes enfants ne sont pas venus ici. Je ne les verrais plus jamais. Je vois le malheur, je le vois. C'est par moments, ce n'est pas toujours pareil. Ah! ma famille, ma pauvre famille! Quel coup atroce! Mon mari! J'ai vu maigrir mes enfants, j'ai vu tout cela et mon mari, je l'ai vu pâle et j'ai compris que j'avais fait tout cela. Quelle douleur maintenant et quel bonheur avant!

Je ne pensais pas faire du mal à mes enfants! J'aurais dû être intelligente. Que ne l'ai-je été! Tout est manqué et je m'en aperçois maintenant. Ah! que je suis bête! Je me reproche toujours la même chose, de ne les avoir pas soignés comme il fallait. Et pourtant je ne leur avais pas fait de mal. En vérité, c'est peu de chose. Mais c'est peu et beaucoup. Je m'en suis rendu compte après. J'ai le remord de tout ce que je fais — le mal vient après — A la campagne, on était si heureux. Le malheur a voulu que mon mari parte. Il y a du malheur partout. C'est un mystère. Plus cela va, plus c'est grave. Je ne verrai plus mon monde. On ne m'aime plus. Tout est fini!

Malheureusement ce ne sont plus des chimères, c'est la réalité. La nuit, j'avais des chimères. Rien de bien ne me venait dans l'esprit. Je n'étais pas comme cela auparavant.

Souvent, je noircissais les choses mais pas maintenant. On m'a dit : « Du moment où vous n'avez pas eu de calme, vous avez tué vos enfants ». Cependant elles sont là. Alors je ne suis pas coupable? Pourtant si. Quel malheur de finir comme cela. Pensez, tout était fini avec cette chose. Je voudrais être morte tout de suite, ne plus penser à tout cela. Mes idées de mourir auraient été préférables. Mais j'aurais fait ainsi du mal à mes enfants. C'est vrai. Cela me revient après. Toujours après, je me dis « Il ne fallait pas ».

Je ne veux plus manger. Je veux me laisser mourir de faim. Ah! que c'est malheureux! Ma vie est brisée. Je le sens bien.

J'ai fais du mal à ma famille pour si peu de choses. Ils étaient si heureux. C'est affreux.

Qu'allez-vous faire de moi? Vous allez me faire du mal. Je le mérite.

Je ne me rends pas bien compte de l'endroit où je suis. Je suis peut-être punie. Je ne devrais pas être ici.

Mon mari que j'aimais tant. Je l'aime toujours autant, mais lui?

Mes enfants ne doivent plus m'aimer. Il me semble que je fais un mauvais rêve. Je voudrais me réveiller. Je ne guérirai pas. J'ai fait tout cela, malgré moi. C'est un malheur et je le sens comme une faute ».

Chez cette malade, l'absence d'inhibition motrice et psychique était absolument indiscutable. De même que son activité motrice éprouve constamment le besoin de se décharger en gestes incessants, en gémissements, son psychisme excité est assailli par une foule d'idées qui se pressent tumultueuses et se succèdent en un défilé ininterrompu sans lui laisser le moindre repos, idées qui sont toutes de même nature et reflètent son état affectif douloureux. C'est le souvenir de tout ce qui s'est passé, le regret de ce qu'elle a fait, la crainte de

ce qui va arriver. Sans doute, elle ne répond pas à certaines des questions qu'on lui pose; elle a de la peine à dire la date de son entrée, mais cela n'a rien qui doive nous surprendre. Elle est dans la situation d'une personne qui, absorbée par de graves préoccupations ne peut les chasser ni concentrer son attention sur un autre sujet qui est pour elle dépourvu d'intérêt. C'est pour des motifs analogues qu'elle refuse parfois de manger et de prendre aucun soin de sa personne : « Ce n'est pas la peine, dit-elle ». Son affection pour les siens n'est pas diminuée, mais plutôt exagérée.

Un mois après son entrée, le 23 juin, l'anxiété de la malade s'est encore accrue. Son agitation est incessante. Les gestes sont stéréotypés, les idées délirantes restent les mêmes. Des troubles de perception, des interprétations multiples apparaissent : « Quelle horreur je vois. J'ai vu ce matin du feu dans les arbres. Le ciel était étrange. C'est comme la fin du monde. J'ai entendu toute la nuit sonner un glas funèbre. On me piquait dans le dos; c'est le diable qui est en moi, qui m'inspire, me fait parler. La France est perdue par ma faute ». Elle profère ces paroles d'une voix entrecoupée, se recule, revient, se tord la main, se voile la figure, porte la main à son cœur, gémit. Quelques-unes de ces idées délirantes, en particulier l'idée que le diable la possédait et qu'elle avait perdu la France lui ont été suggérées par une autre mélancolique anxieuse qui le répétait continuellement; la malade nous l'a parfaitement avoué par la suite. Elle formula également une autre fois quelques idées de persécution qui s'effacèrent presque aussitôt et qui avaient été empruntées à une autre malade.

A partir de la fin de juin, l'anxiété de la malade commence à se calmer de temps en temps; elle commence à douter de son délire et à nous supplier de ne pas ajouter foi à toutes les bêtises qu'elle a dites. Elle cause alors avec ses compagnes

d'une foule de choses étrangères à ses préoccupations habituelles et plaisante même quelquefois. Sa mémoire est bonne et dans ses moments de tranquillité, elle répond avec vivacité et sans aucun retard à toutes les questions qu'on lui pose. Elle commence à s'occuper à coudre et le fait avec une activité surprenante, prenant à peine le temps de manger à l'heure des repas. Elle semble vouloir épuiser par le travail le même besoin de mouvement qui se traduisait au plus fort de son angoisse par des plaintes et des gestes désordonnés. De temps en temps, elle semble reprise d'inquiétude, abandonne son ouvrage, fait quelques pas, pousse quelques exclamations, mais tout se calme assez vite.

Pendant tout le mois de juillet 1909, elle fut reprise plusieurs fois de crises d'anxiété qui durèrent au plus deux ou trois jours et qui furent notablement améliorées par des piqûres de morphine.

Dans les derniers jours du mois, son état est tout à fait satisfaisant. Elle travaille toujours avec la même activité. Au commencement d'août, légère rechute; elle recommence à s'agiter, à s'égratigner, à demander pardon de tout ce qu'elle a dit. Mais elle se laisse facilement persuader que tout cela n'est que la conséquence de sa maladie.

A partir de ce moment, son état s'améliore encore; l'embonpoint reparait. Ses craintes ne lui reviennent plus que de façon tout à fait passagère et avec pleine conscience; ce ne sont plus que de simples obsessions. Elle n'attribue plus l'inquiétude qu'elle ressent par moments qu'au désir qu'elle a de revoir son mari et ses enfants. Vers la fin du mois, la malade suffisamment améliorée est rendue à sa famille qui la réclamait.

On ne pouvait néanmoins la considérer comme absolument guérie. Les courts instants d'axiété qu'elle présentait encore, les idées qui lui traversaient l'esprit, son activité un peu

fiévreuse témoignaient que tout n'était pas complètement fini.

Les deux premiers mois de son séjour dans sa famille se passent bien. Elle avait repris toutes ses occupations comme par le passé. Elle était gaie, d'une gaieté absolument normale, dit son mari, et reconnaissait qu'elle avait été malade. Vers le milieu de novembre 1909 elle présenta de nouveau des moments d'anxiété, surtout le matin. Elle pousse des soupirs, s'inquiète de la santé de ses enfants, craignant de leur voir toutes les maladies. Elle ne reconnaissait pas à ce moment que son esprit avait été troublé. Si son mari était en retard, elle disait qu'on l'avait arrêté pour toutes les bêtises qu'elle avait dites à la Salpêtrière. En décembre 1909 et janvier 1910, son état s'aggrave encore; elle propose à son mari et à ses enfants un suicide collectif pour échapper au déshonneur. Mais cette fois, elle ne fait elle-même aucune tentative. Elle se borne à se saisir plusieurs fois le cou dans ses mains, en disant : « Ah, si je pouvais m'étrangler ! » Jusqu'à la veille de son internement le 23 janvier 1910, elle n'a pas cessé de travailler; elle s'arrêtait seulement par moments quand l'anxiété était trop forte et reprenait aussitôt. Elle a fait elle-même son déjeuner avant de partir pour l'hôpital.

La crise actuelle fut la reproduction presque exacte de la première : même excitation motrice, mêmes gestes, même excitation psychiques élaborant les mêmes idées délirantes, même regret du passé. Elle se reproche constamment ce qu'elle a dit s'accuse de tout ce qui arrive, des inondations, des malaises ressentis par ses compagnes, même exaltation affective la poussant à craindre pour les siens les pires malheurs, à supplier ses interlocuteurs d'avoir pitié d'eux, de ne pas les brûler, de la sacrifier plutôt elle seule.

Cet état se maintient environ deux mois avec de légères rémissions. Vers la fin de mars, l'anxiété diminue notable-

ment. Elle se remet peu à peu à travailler comme la première fois. Le sommeil reparait, l'état général s'améliore. Au commencement de mai, il n'y a plus que de courts moments d'inquiétude, mais plus d'idées délirantes; l'agitation a diminué, mais la malade s'égratigne encore parfois les mains et le cou. Elle dit que son cerveau ne fonctionne pas comme auparavant, qu'elle ne saisit pas immédiatement ce qu'on lui dit et cependant elle répond rapidement et correctement à toutes les questions. La mémoire est absolument intacte.

OBSERVATION VI

Mélancolie anxieuse. — Idées de culpabilité imaginaire.
— *Craintes et appréhensions sur son avenir et celui des siens. — Crises de pleurs et d'agitation motrice.*
— *Tentatives de suicide. — Crises d'agitation. Idées de négation et de possession*

M. P.... âgée de 64 ans, entre le 1^{er} mai 1909, dans le service du Docteur Deny. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Son caractère, d'après les renseignements fournis par sa fille, aurait toujours été gai.

La maladie aurait débuté en août 1908, à la suite de la mort de son gendre. Elle ne travaillait plus à ce moment, suivait sans cesse sa fille dans la maison, répétait en pleurant que tout était perdu, que des malheurs étaient entassés sous le lit. Cet état se maintient presque identique jusqu'à la fin de l'année. En janvier 1909 à l'occasion d'une maladie de sa fille, son inquiétude s'accroît encore; elle se figure qu'on va tout lui prendre, que ses enfants vont manquer de tout. Aussi ne veut-elle plus qu'ils changent de linge, ni qu'ils mangent. Elle se rendait pourtant compte qu'elle gênait sa fille, en la suivant sans cesse. Parfois, quand son inquiétude était très

forte, elle se mettait à danser, où elle se roulait par terre pour passer ses nerfs, disait-elle. Quelquefois, elle avait envie de voler, de se tuer ou encore de manger ses sécrétions nasales. Elle luttait contre ces impulsions.

Le jour de son entrée, la malade était assez calme; elle raconte très exactement elle-même l'histoire de sa maladie. Elle répond aux questions rapidement et correctement; son attention se fixe assez facilement; elle compte bien de tête. Elle a nettement conscience de son état morbide, mais elle affirme qu'elle ne guérira pas. Son anxiété ne s'accompagne à ce moment que d'un peu d'inquiétude motrice intermittente. Idées délirantes d'indignité et de culpabilité : elle n'est plus bonne qu'à manger; elle cause le malheur de ses enfants. On va cambrioler la maison et l'assassiner elle et sa fille. Elle a peur que quelqu'un se soit caché sous son lit.

L'examen physique ne révèle rien de particulier.

Les premiers jours qu'elle passa à l'asile furent assez calmes. A certains moments, elle disait même se trouver très bien et vouloir guérir. Mais bientôt, l'anxiété, les préoccupations délirantes, l'agitation reprennent de plus belle.

La maladie, se manifeste par des crises dont le nombre et l'intensité vont croissant. Quand elle n'a pas de crises, elle a des idées de toute nature qui s'attirent, se succèdent sans cesse l'une à l'autre et se rapportent surtout à ses enfants. Elle bâtit de vrais romans, selon son expression. Elle pense surtout à ce qui va arriver, et pas du tout au passé. Elle se regarde constamment dans la glace, se lamente de maigrir, s'excite, refuse de manger. A d'autres moments, elle mange comme une sauvage, comme une bête dit-elle. Elle voudrait mourir. Elle essaie de piler du verre pour le mélanger à ses aliments. Elle essaie d'avaler des épingles. Les visites l'agacent. Elle ne leur prête pas de mauvaises intentions à son égard mais elle trouve tout le monde plus heureux qu'elle.

Elle ne se préoccupe guère que des siens et d'elle-même.

Dans ses crises, elle marche et parle sans arrêt, disant : « J'ai peur, je voudrais mourir ; mes enfants seraient plus heureux, s'ils ne m'avaient pas. Je suis une misérable. j'ai commis de mauvaises actions. » Quand on la questionne, elle raconte qu'étant jeune, il y a plus de vingt ans, elle a, à plusieurs reprises, détourné de petites sommes d'argent dans un établissement de bains où elle était employée. Elle accuse aussi son petit-fils qui travaille chez un doreur, d'avoir dérobé de petites quantités de poudre d'or pour acheter un chapeau : « C'est la punition maintenant ». Elle la trouve néanmoins disproportionnée avec sa faute. Tendance au dédoublement de la personnalité dans ses crises : « C'est l'autre qui a fait cela, il me semble que je suis deux. Je dois avoir un diable dans le corps. Je suis bouchée. » Elle montre la région épigastrique qu'elle frotte constamment. Souvent, elle dit qu'elle va devenir folle furieuse, enragée, se mettre toute nue, dire des horreurs. Elle prétend qu'une des épingles qu'elle a essayé d'avaler lui est restée dans la gorge ; elle la sent ; elle va être étouffée. Elle se plaint d'être trop lâche pour se tuer.

Au plus fort de ses crises, la malade continue à observer, à s'intéresser à tout, à interpréter ce qui se passe autour d'elle. Tout ce que l'on fait, tout ce que l'on dit est pour elle. Tout ce que ses compagnes font, arrive par sa faute. D'ordinaire, la malade prévoit à l'avance l'heure de ses crises.

A plusieurs reprises, son état subit un changement remarquable. Elle se sentait tout à fait bien heureuse et avouait que la plupart de ses préoccupations et en particulier les diables et les esprits n'étaient pas des idées. Elle se sentait débordante de joie et d'activité, demandait du travail, disant qu'on ne pourrait lui en donner assez. Elle s'occupait des autres malades. Néanmoins, elle ne se faisait pas d'illusion sur la durée de cette guérison et prédisait le retour des acci

dents pour le lendemain : « Aujourd'hui, c'est jour de repos, demain jour de malheur, après-demain, jour de punition. » Elle mangeait énormément par mesure prophylactique.

Au cours du mois de juin, la maladie alla s'aggravant. Les idées délirantes se multiplièrent encore, assaillant la malade sans lui laisser de repos : « Je me plais à penser tous les malheurs possibles, et quand je n'en trouve pas, j'en invente ». Elle dit qu'elle voit des esprits, mais ce ne sont pas des hallucinations, mais des illusions. Elle s'imagine voir des cornes au bonnet de l'infirmière des bains et la prend pour le diable. De même, elle croit entendre les esprits, mais ce sont les voix des autres malades.

Elle se sent pourrie, au physique et au moral, poussée à chaque instant à commettre des horreurs. Par moments, elle est dans un véritable état panophtique et pousse des cris de terreur, quand on s'approche d'elle : « Ne me brûlez pas, ne brûlez pas mes enfants, ce n'est pas nous qui avons perdu la France, recherchez les vrais coupables. Nous ne sommes pas une bande de scélérats ». Idées d'éternité commençantes : « Cela durera longtemps, peut-être cent ans. Vous trouverez bien moyen de me faire vivre jusque-là. » Très suggestible.

Au plus fort de sa maladie, elle a conservé une mémoire satisfaisante; elle dit la date de son mariage, celle des principaux événements de sa vie; elle compte assez bien de tête, sait qu'elle est à la Salpêtrière depuis le commencement de mai et que l'on est actuellement en juin.

A partir de la deuxième quinzaine de juin, la malade refuse complètement de manger, se plaignant du mauvais goût des aliments qu'on lui donne, qui sont empoisonnés et différents de ceux des autres malades. On est obligé de la tuber. Son état général décline. Son cœur devient arythmique. Elle s'agite moins, mais gémit sans repos. A la fin du mois, un

érysipèle se développe au niveau d'une excoriation cutanée au voisinage du nez. Des complications oculaires surviennent. La malade meurt le 29 juin 1909. Autopsie refusée.

ETUDE PSYCHOLOGIQUE

Nous venons d'étudier des malades qui tous présentaient de façon plus ou moins intense, transitoire ou continue des phénomènes d'anxiété. Il nous reste maintenant à analyser ce trouble affectif, à pénétrer ses rapports avec les différentes manifestations psychiques et motrices de la mélancolie agitée et à chercher à en déceler ainsi le mécanisme psychologique.

Les phénomènes de l'anxiété ont été étudiés par les psychophysiologistes. Ils assignent, en général, à ce trouble affectif des manifestations organiques identiques, sauf la durée, à celles de la peur. D'après Sergi, par exemple, il y a comme dans cette dernière, ralentissement du cœur, augmentation d'énergie de ses systoles, irrégularités respiratoires, dépression de l'appareil volontaire neuro-musculaire, retrait, sous forme paralytique, du sang des capillaires périphériques, anémie, décoloration de la peau, d'où pâleur, aridité cutanée buccale ; si cet état persiste et présente une certaine durée, il peut s'ensuivre des altérations digestives, excrétoires et sécrétoires, de la dyspepsie, la perte totale de l'appétit. La continuation peut conduire à la mort.

Durant l'oppression, il y a des moments de réaction pour quelques instants, des plaintes, des larmes, des phénomènes d'irritation au point de colorer de peau de quelque rougeur, parfois des explosions de colère, formes de réaction ou d'irritation. Entre l'oppression, l'angoisse, l'anxiété ou les phénomènes primaires de la dépression sont communs, il y a des différences par modification et adjonction de phénomènes accessoires. Dans l'angoisse et l'anxiété surtout, il y a une certaine agitation, une alternance dans les mouvements cardiaques, un état de repos relatif et de recommencement, selon la persistance et la violence du motif qui a déclenché l'émotion. L'anxiété serait voisine d'une part du découragement et de l'abattement, d'autre part de la désillusion et de la mauvaise humeur. On pourrait en franchissant ces divers stades passer à la colère.

D'après cette description, l'anxiété nous apparaît comme une émotion dépressive. Mais cette place assignée à ce trouble affectif peut-elle être acceptée sans restriction ; nous ne le croyons pas. Dans les cas où l'état anxieux s'accompagne de phénomènes dits réactionnels très marqués, où l'agitation motrice est en particulier intense, ne serait-il pas aussi logique de se considérer en présence d'un état exaltatif ? La colère dans laquelle les phénomènes d'excitation peuvent être parfois moins nets et plus discutables que ceux de l'anxiété, n'est-elle pas rangée par la plupart des psychologues parmi des émotions exaltatives ? Et pourtant les symptômes dépressifs y sont souvent prépondérants ; l'augmentation de l'activité et de la vigueur y est bien des fois plus apparente que

réelle. L'expérience subjective comme l'observation clinique nous montre que ces deux sentiments peuvent se succéder, alterner ou même coexister, se combiner assez fréquemment. Nous n'avons pas l'intention de discuter et de résoudre complètement ici cette question qui nous amènerait forcément à poser le problème des émotions, de leur mécanisme, des diverses théories centrales, périphériques qui ont été émises par les auteurs, mais il nous semble seulement un peu prématuré d'adopter en clinique une classification des émotions basée sur des modifications motrices et circulatoires par exemple et de s'exposer ainsi à prendre pour essentiels des éléments peut-être seulement concomitants. Il nous semble plus commode de distinguer parmi les émotions celles qui sont agréables et de les identifier aux émotions exaltatives, et celles qui sont désagréables, pénibles ou dépressives; c'est parmi ces dernières, que nous placerons à côté de la colère, l'anxiété.

On peut en adopter comme généralement exacte, la définition donnée par Littré qui en fait « un état d'incertitude, de trouble, d'agitation avec sensation de gêne et de resserrement précordial présentant trois degrés : l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse ». Cette définition, adoptée par Lalanne, dans son rapport au Congrès de Genève de 1906, avait été l'objet de critiques de la part de Brissaud qui distinguait nettement l'angoisse, phénomène physique que l'on peut observer au cours d'une foule d'affections, par exemple dans les cardiopathies, les affections pulmonaires, nerveuses, les intoxications, de l'anxiété, phénomène intellectuel, caractérisé par des représen-

tations mentales pénibles et pouvant se montrer quelquefois dépourvu du complexus symptomatique de l'angoisse. Mais il est véritablement très difficile de distinguer nettement ces deux phénomènes. On ne conçoit guère l'angoisse sans représentations intellectuelles l'accompagnant, ni de représentations pénibles sans une sensation douloureuse, sans troubles organiques concomitants.

Comment naissent l'anxiété, la douleur morale, dans la mélancolie? Cette douleur est-elle un des éléments obligatoires du syndrome? Pourquoi se manifeste-elle si bruyamment dans certains cas (ceux que nous avons particulièrement en vue)? Telles sont les questions qui se sont posé depuis longtemps à l'esprit des psychiatres et ont été résolues souvent de façon contradictoire. Il est difficile, impossible même de se faire une opinion ferme, d'après les données classiques. Parmi les auteurs, les uns se contentent d'un exposé plus ou moins détaillé des faits cliniques et signalent à la description de la mélancolie anxieuse, forme clinique de la mélancolie simple les phénomènes d'excitation psychique et motrice tels que nous les avons décrits chez nos malades, sans en prétendre pénétrer la signification, ni le mécanisme psychologique, « Parmi les malades, disent-ils, les uns sont simplement déprimés, d'autres semblent réagir et s'agitent; ce sont les anxieux ». D'autres vont un peu plus loin. Après avoir décrit comme éléments constitutifs essentiels de toute mélancolie le ralentissement des fonctions psychiques et motrices, la douleur morale, les troubles cénesthésique, sensitifs et sensoriels ils admettent que si la douleur reste modérée, les malades

présentent simplement des phénomènes de dépression ; mais si elle s'accroît, si l'anxiété qui n'est que cette douleur portée à son maximum apparaît, alors le malade réagit ; son activité psychique et motrice se réveille ; c'est l'agitation anxieuse qui permettrait ainsi par son intensité de mesurer l'étendue de la souffrance du malade . Mais, d'autre part, nous trouvons maintes fois signalé ce fait que, parfois une douleur morale très intense n'a nullement excité le malade qui demeure immobile, anéanti. Esquirol, en parlant de ces malades, disait : « Dans ces cas extrêmes, ce n'est pas la douleur qui s'agite, se plaint, crie et pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible ». La douleur morale associée à un faible degré au ralentissement psychique et moteur, amènerait donc plus accentuée des phénomènes d'excitation, à son maximum des phénomènes d'inhibition.

La question se complique encore, lorsque nous recherchons les opinions des divers auteurs sur la genèse de la douleur morale, de l'anxiété. Pour les uns, cette douleur est l'élément fondamental et essentiel de la mélancolie, — et c'est elle qui, dans la mélancolie simple engendre les phénomènes de ralentissement psychomoteur. Pour d'autres, elle n'est qu'un élément secondaire et succède nettement quelquefois à des idées délirantes dans la règle, à l'apparition de phénomènes d'inhibition. Pour M. Séglas qui dans ses *Leçons cliniques* a défendu cette hypothèse, la douleur serait le résultat du sentiment obscur qu'a le malade de son insuffisance psychique et psychomotrice et d'un trouble profond survenu dans sa cénesthésie. Que

cette sensation s'accroisse dans son intensité, elle peut alors vaincre les phénomènes d'inhibition qui peuvent complètement disparaître. Cette explication n'est pas absolument satisfaisante dans bien des cas. On comprend mal, en effet, que des malades profondément inhibées, comme celle de l'Observation I aient eu un si faible sentiment de souffrance, alors que l'angoisse était si intense chez la malade de l'Observation V, qui était si peu diminuée dans sa psychomotilité qu'elle a pu pendant tout le cours de sa maladie, en dehors des périodes d'exacerbation, travailler avec autant d'activité et d'habileté qu'à l'état normal. D'autre part, comment concevoir que l'on puisse dans les états de manie akinétique, de manie improdutive, de stupeur maniaque, observer des phénomènes d'inhibition profonde associés à de l'euphorie.

Cette question de la douleur morale dans la mélancolie et de ses diverses manifestations a été étudiée de façon complète par M. Dumas, et plus récemment par Masselon dans son livre sur la mélancolie.

Dumas distingue la tristesse passive celle que l'on observe dans la dépression mélancolique simple de la « tristesse active » de la mélancolie anxieuse. Dans le premier cas, il s'agit d'un sentiment pénible de diminution, d'impuissance dû aux troubles cénesthésiques, au mauvais fonctionnement général de l'organisme, à la diminution des facultés psychiques de l'émotivité, de l'affectivité. C'est un état d'humilité, de résignation, quelquefois un simple état d'indifférence que l'on ne peut guère qualifier de douloureux. La tristesse active, elle se développe aussi sur un fond de dépression; mais un sentiment douloureux apparaît

plus ou moins marqué d'inquiétude, de crainte indéterminée, d'attente, d'anxiété. « Malgré la dépression et l'arrêt mental, dit Dumas, la douleur arrive à reconstituer pour un temps les facultés de synthèse; elle triomphe de l'inertie, de la gêne des fonctions psychiques et rend le malade à lui-même. La dépression est refoulée, sinon vaincue. » Et plus loin : « La douleur morale est tonique, excitante, évocatrice. » Mais quand elle atteint son maximum, elle désagrège : « L'émotion qualifiée désagrège les synthèses mentales et dissémine tous les systèmes d'idées, de représentations et d'images qui se formaient dans l'esprit. »

Masselon développe une théorie qui a certaines analogies avec celle de Dumas. Il place à la base de toute mélancolie des phénomènes de ralentissement psychique et moteur et considère la douleur morale comme une conséquence du sentiment d'arrêt psychique et d'impuissance dont le malade prend conscience. Certains déprimés n'ont pas la notion nette de cet arrêt; ils ne souffrent pas. D'autres le sentent, cherchent à le vaincre, y parviennent ou non, et c'est le « relèvement de cette tendance » qui est la cause de leur douleur. L'inquiétude naît de la résistance que nous sentons à nos désirs. Ainsi s'explique, d'après Masselon, que l'on puisse faire apparaître à volonté, la douleur chez certains déprimés simples en les incitant au mouvement ou à un travail intellectuel et en les rendant ainsi conscients de leur impuissance. Ainsi naît chez eux l'anxiété, « sentiment pénible, angoissant d'un trouble physique intermédiaire que le malade considère comme une conséquence du malheur qui l'accable, attente ef-

frayée de l'avenir, sentiment d'impuissance, d'incapacité d'échapper aux maux présents et futurs, découragement profond, résignation; c'est le complexe symptomatique de la douleur morale aiguë. »

Mais contrairement à Dumas, Masselon n'admet pas l'influence excitante de la douleur, puisque pour lui, c'est le « relèvement des tendances » qui engendre l'anxiété. Ces mélancoliques actifs ne s'agitent pas parce qu'ils souffrent, mais ils souffrent parce qu'ils s'agitent ou veulent s'agiter. Pourquoi le font-ils ou cherchent-ils à le faire ? C'est un autre problème qui se pose. — Cependant, Masselon reconnaît qu'il est beaucoup de crises d'anxiété qui ne se développent pas suivant ce mécanisme, qu'elles naissent souvent sans aucune cause psychologique appréciable, en particulier les crises paroxystiques qui se produisent sans que le malade sache pourquoi. L'explication de ces faits reste donc encore à fournir.

Telles sont les idées qui actuellement encore ont cours chez nous. A l'étranger, en Allemagne en particulier, si nous faisons abstraction des conceptions de Kræpelin, de Wernike, de Specht, les théories formulées pour expliquer l'agitation anxieuse, ne sont pas sensiblement différentes de celles que nous venons d'étudier.

Westphal et Kölpin admettent l'influence excitante de l'angoisse qui peut dominer l'inhibition dans la mélancolie active. Krafft-Ebing cherche la cause de l'agitation dans la violence avec laquelle s'imposent à l'esprit du malade des motifs d'action. Ziehen constate simplement que le tableau clinique de la mélancolie se modifie, quand domine l'influence agi-

tante. Le seul auteur qui d'après Specht ait tenté de donner une explication plus exacte basée sur des faits psychophysiologiques est Storrington, mais les données sur lesquelles il s'appuie sont bien hypothétiques.

Wernicke qui sépare nettement de sa mélancolie affective caractérisée par une diminution de l'activité volontaire avec insuffisance subjective, la mélancolie anxieuse qui constitue la plus grande part de la psychose d'angoisse, refuse à cette dernière tout phénomène d'inhibition, ceux-ci ne s'observant que lorsqu'elle est combinée à la mélancolie affective. Il attribue nettement à l'anxiété, l'excitation motrice et psychique qui peut être, d'après lui, tellement marquée, engendrer une telle surabondance de représentations pénibles que l'on peut observer parfois la veatigération et la fuite d'idées comme dans la manie. Cependant il ne serait pas rare, d'après Wernicke, d'observer des symptômes non motivés psychologiquement. Tels seraient les gémissements rythmés, les mouvements stéréotypés du tronc, des mains, les mouvements de friction, les lacérations des vêtements. Dans la *melancolia agitata*, qui est pour lui la forme la plus typique de la psychose d'angoisse, les mouvements sont en grande partie dépourvus de cause psychologique appréciable. Elle serait ainsi sur la limite des psychoses de motilité. Nous avons eu déjà l'occasion de mentionner à ce sujet l'opinion de Kræpelin et de Specht.

Ces contradictions que nous relevons en confrontant les opinions classiques, les interprétations différentes de phénomènes cliniques identiques, montrent

bien qu'aucune des théories que nous venons de mentionner, n'est capable d'expliquer clairement tous les faits. Il est paradoxal en particulier de songer que l'angoisse peut, dans la mélancolie, surmonter totalement l'inhibition de la pensée et de la volonté, au point d'en arriver à produire l'agitation motrice et la fuite des idées. On s'attendrait, dans cette hypothèse, à avoir nettement chez le mélancolique anxieux, l'impression d'un effort continu pour triompher d'une contrainte pénible. Si chez certains malades d'ordinaire simplement déprimés, et anxieux seulement de façon épisodique, on peut à la rigueur constater quelque chose d'analogue, il est véritablement impossible de se contenter d'une semblable explication chez de vrais mélancoliques agités, comme par exemple, notre malade de l'Observation V. On peut objecter, il est vrai, qu'il s'agit alors de cas où la douleur morale est tellement intense, où son influence tonifiante est tellement marquée que l'inhibition se trouve alors facilement vaincue au point que l'on n'en peut plus déceler la moindre trace. Mais lorsque l'angoisse diminue, on devrait conformément à cette hypothèse voir réapparaître peu à peu les phénomènes de ralentissement psychique, masqués pendant un temps plus ou moins long. Or, l'observation clinique montre que fréquemment, il n'en n'est rien. Chez notre malade de l'Observation V, l'anxiété à son paroxysme s'accompagnait d'une agitation motrice considérable, d'une suractivité psychique se traduisant par une production surabondante d'idées, s'attirant l'une l'autre, se succédant en un défilé ininterrompu. Mais quand la douleur s'apaisait,

l'excitation persistait presque aussi intense et changeait simplement de caractère; au désordre psychique et moteur faisait place une activité plus cohérente, se donnant libre cours, sous forme de travail. La douleur ne semblait pas ici augmenter beaucoup l'activité de la malade; elle en changeait surtout le caractère.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de cette malade une autre que nous observions simultanément. Il s'agissait d'une maniaque chronique franche avec exaltation affective, motrice, psychique. En temps normal, la malade faisait preuve d'une activité véritablement surprenante, fournissant une somme de travail deux fois plus considérable que sa compagne comme le témoignait ses gains d'atelier et trouvant encore moyen, sa journée finie, d'écrire si on lui demandait, de véritables mémoires sur sa maladie. De temps en temps, pendant des périodes plus ou moins longues, son excitation change de caractère; elle devient incapable d'un travail suivi, et ne se dépense plus qu'en mouvements désordonnés, en chants, en propos incohérents. Là aussi, la modification du ton affectif s'est accompagnée de modifications surtout qualitatives de l'activité.

De même, chez la malade de l'Observation VI, la diminution de l'angoisse n'amenait nullement l'apparition de l'inhibition. Si la douleur s'atténue, il passe sur elle comme un éclair de gaieté; elle travaille, s'intéresse à ce qui se passe, cause avec vivacité, plaisante même. Dans l'Observation IV, cependant on peut noter des faits conformes à la théorie classique; quand l'angoisse se calme, la malade est déprimée,

s'isole, ne parle pas, ne répond qu'avec difficulté, se plaint de son ralentissement psychique et de la diminution de son affectivité.

L'étude de certains états circulaires, où des tableaux cliniques très variés peuvent se succéder l'un à l'autre assez rapidement, en l'espace de quelques jours, voire même de quelques heures, peut encore nous fournir des arguments contre la théorie de l'inhibition vaincue par l'angoisse. Nous avons rapporté plus haut le cas d'une jeune malade qui passa successivement d'un état maniaque franc à un état de manie coléreuse, puis d'agitation anxieuse au cours duquel survinrent des phénomènes d'inhibition motrice et psychique, la malade restant couchée à terre, immobile, incapable de répondre autrement que par des sanglots aux questions qu'on lui posait. Cet état se changea au bout de quelques heures en manie coléreuse avec impulsions violentes. Specht signale plusieurs observations analogues de malades chez lesquels des états de manie franche, de manie coléreuse, de mélancolie agitée, de stupeur anxieuse se succédèrent immédiatement. Il nous semble difficile d'assigner à de pareils faits le mécanisme de la douleur tonifiante, dominant le ralentissement psychomoteur. Quant à l'agitation maniaque ou à l'agitation coléreuse succède immédiatement l'agitation anxieuse, ne s'agit-il pas plutôt du même symptôme d'agitation motrice auquel l'état affectif particulier donne sa coloration spéciale?

Ces interprétations de faits cliniques ne visent pas d'ailleurs à nier en tous points l'exactitude des arguments invoqués par les classiques. Il nous semble

impossible de nier que la douleur morale, comme la douleur physique, ne puisse susciter chez le malade des réactions particulières, le pousser à certains actes, aux auto-mutilations, au suicide, de même que la conscience de l'impuissance psychique et motrice peut être la cause d'une douleur morale plus ou moins intense chez le psychopathe comme chez le sujet normal, réduit accidentellement à l'inaction, mais ce que nous voulons mettre en évidence, c'est que ces théories sont insuffisantes pour expliquer dans la mélancolie anxieuse la totalité des faits dont beaucoup sont susceptibles d'une autre interprétation.

Il est difficile de dire qu'il existe un rapport constant entre l'intensité de l'anxiété du malade et les phénomènes psychiques et moteurs qui sont considérés comme les manifestations extérieures du trouble affectif. Ce que l'on peut affirmer de façon à peu près certaine, c'est que chez quelques malades, une anxiété, selon toute vraisemblance, minime, s'accompagne d'une agitation motrice considérable. C'est en particulier ce qui s'observe dans nombre de cas de mélancolie anxieuse passés à la chronicité, tandis que d'autres malades qui donnent peu de signes d'excitation psychique et motrice vous fournissent, lorsque vous les interrogez, des preuves indéniables d'un état de souffrance aiguë. Specht affirme qu'il n'y a aucun parallélisme entre l'anxiété et l'agitation que les deux phénomènes peuvent se développer parallèlement ou en sens contraire, que l'un d'eux peut rester stationnaire tandis que l'autre subit des oscillations souvent considérables. On peut assimiler ce qui se

passé dans la mélancolie anxieuse à ce qu'on observe dans la manie ou l'euphorie n'est nullement proportionnelle à l'agitation. Certains malades guéris sont très affirmatifs à ce sujet. Parfois même, les malades ont la notion d'une certaine indépendance entre les deux phénomènes, et revenus à l'état normal, s'étonnent de leur agitation, cherchent sans y parvenir à en pénétrer la cause se demandant comment ils ont pu se livrer à des actes aussi désordonnés, lorsqu'ils étaient plongés dans la douleur.

C'est surtout dans les formes d'excitation avec angoisse peu marquée que l'agitation du malade peut prendre un caractère nettement maniaque. Le fait a été plusieurs fois signalé par les classiques. Déjà Guislain parlait des malades anxieux chez lesquels la manie et la mélancolie étaient intimement liées et semblaient pour ainsi dire se pénétrer réciproquement. Cullerre, dans son traité de psychiatrie note que parfois l'agitation anxieuse devient si continue, si intense, qu'elle revêt une sorte de cachet maniaque. Elle ne diffère de la manie que par la fixité des idées tristes : « Cependant, ajoute-t-il, il se produit parfois un véritable trouble maniaque avec loquacité et fureur passagère (mélancolie maniaque) qui cède d'ordinaire peu à peu et disparaît pour faire place à l'état mélancolique primitif.

Il est un certain nombre de phénomènes, maintes fois signalés par les auteurs, que nous avons eu l'occasion d'observer chez plusieurs de nos malades et dont la présence semble assez paradoxale au cours de la mélancolie anxieuse telle qu'on la conçoit habituellement. Certains malades, au plus fort de leur

agitation anxieuse, au moment même où plongés dans le désespoir le plus profond, ils s'accusent des crimes les plus monstrueux et attendent les châtimens, présentent parfois de véritables raptus coléreux et se jettent sur les personnes de leur entourage. Ces crises se produisent de façon absolument spontanée ou à l'occasion de contrariétés des plus insignifiantes. L'explication de ces phénomènes est difficile à trouver. Si dans quelques cas on peut y voir la conséquence d'une idée délirante ou l'action d'un désespéré qui se sentant irrémédiablement perdu, éprouve le besoin d'attirer avec lui quelqu'un dans la ruine, souvent l'acte reste absolument inexplicable. D'ailleurs, quelle que soit l'interprétation à laquelle on se rallie, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un élément psychologique qui s'accorde mal avec la tonalité affective classique du mélancolique faite d'humilité, de résignation ou de sombre désespoir. Quelque chose d'étranger, un sentiment nouveau s'est glissé là et s'est mêlé aux autres composantes, sans les remplacer toutefois comme nous l'avons vu dans certains états circulaires.

Dans le même ordre d'idées, Drey fuss signale chez quelques anxieux, associé à de l'irritabilité presque continuelle un certain besoin de dominer, d'attirer l'attention, un sentiment exagéré de soi-même. Chez deux d'entre eux, il parle même de collectionisme et de parures excentriques. Ces symptômes que nous n'avons pas notés chez les malades dont nous avons rapporté les observations, nous paraissent avoir la même signification psychologique que les raptus coléreux.

Il mentionne également à plusieurs reprises un mélange de gaieté et d'anxiété; c'est la gaieté du désespéré, de l'homme qui prend son parti de sa perte irrémédiable. C'est un phénomène analogue à celui que nous signalions chez la malade de l'Observation II qui chantonnait sur un ton joyeux ses malheurs, lorsque la douleur était particulièrement intense. C'est le cas de la malade de l'Observation VI, qui parfois au cours de son anxiété, se mettait à danser, à se livrer à toutes sortes d'excentricités pour se calmer disait-on qui sentait qu'elle allait dire de vilaines choses, se montrer nue. Ce sont là, à coup sûr, des manières bien étranges d'exprimer sa tristesse. On peut, il est vrai, objecter que même chez des sujets sains une douleur morale particulièrement intense, peut donner lieu parfois à des manifestations tout à fait discordantes. Tel sujet, à la nouvelle d'un grand malheur, a été pris d'un éclat de rire incoercible; tel autre s'est mis à courir droit devant lui sans but; tel autre encore à jurer ou à prononcer des paroles obscènes. Ce sont là des manifestations désharmoniques absolument anormales qui traduisent un bouleversement affectif profond, qui pour être de courte durée, n'en frise pas moins la pathologie.

Une autre question qui peut suggérer également les mêmes réflexions est celle de l'excitation sexuelle qu'il n'est pas absolument rare d'observer au cours de la mélancolie anxieuse. Ce symptôme signalé par Janet et Féré dans les états anxieux de certain névropathes a fait en particulier l'objet d'une étude de la part de Cullerre qui l'a rencontré assez fréquemment dans la mélancolie anxieuse et dans certains états

pathologiques dont les rapports apparaissent de jour en jour plus étroits avec la mélancolie : les psychoses de dépression à base neurasthénique et certains délires polymorphes des dégénérés. Cullerre rapporte des observations où cette excitation se traduisait par des manœuvres de masturbation presque continuelle comme nous l'avons vu chez notre malade de l'Observation IV. Il considère cette excitation comme une dérivation de la crise anxieuse, théorie qui, on le voit est le contre-pied de celle de Freud qui fait de l'accumulation de tension générique par non-satisfaction sexuelle la cause primordiale de l'anxiété.

Peut-être le mécanisme des manœuvres de masturbation n'est-il pas univoque. Si dans certains cas, l'origine en est une excitation génésique véritable, dans d'autres, elles ne sont peut-être que le résultat d'une de ces perversions de la sensibilité périphérique, si fréquentes chez les mélancoliques anxieux et l'onanisme ne serait alors que l'équivalent des manœuvres de grattage, de tressage d'égratignement, d'arrachement des cheveux. Enfin, il peut peut-être s'agir, dans certains cas, d'une manifestation particulière de l'excitation motrice, répétant presque automatiquement un acte que le malade avait accompli autrefois. La malade de l'Observation IV nous avouait, dans ses moments de calme, s'être adonnée autrefois à la masturbation et accomplir maintenant cet acte malgré elle sans y éprouver aucun plaisir. Il est difficile de donner dans tous les cas une interprétation exacte, mais quel que soit le mécanisme invoqué, nous avons encore à faire là à une manifestation absolument discordante de l'anxiété.

De l'ensemble des faits cliniques que nous venons de passer en revue, il résulte qu'il ne peut être question dans l'immense majorité des cas de phénomènes d'inhibition vaincus par l'angoisse tonifiante; tantôt en effet ces phénomènes faisaient totalement défaut, tantôt ils n'apparaissaient que de façon épisodique et semble-t-il, à titre d'éléments surajoutés chez les malades que nous avons étudiés. Nos anxieux présentaient tous de l'agitation motrice, de l'excitation psychique. Ces symptômes ne présentaient pas toujours une évolution parallèle à celle du trouble affectif; ils pouvaient persister alors que l'angoisse avait diminué considérablement; il semble qu'il y avait une certaine indépendance entre ces phénomènes. Certains symptômes, d'autre part, ne peuvent être considérés raisonnablement comme des manifestations de l'anxiété. Cette dernière n'était pas toujours pure; souvent nous avons vu se mélanger à leur sentiment de douleur d'autres éléments de tonalité toute différente. Il nous semble donc nécessaire pour expliquer ces faits d'avoir recours à une interprétation différant des théories classiques et il nous paraît impossible de considérer la mélancolie anxieuse comme une variante de la mélancolie simple.

Tous nos malades présentent un mélange de phénomènes d'excitation et de dépression, mélange que l'on peut retrouver avec plus ou moins de netteté dans toutes les manifestations de la psychose maniaque dépressive. L'agitation motrice et l'excitation psychique qu'ils présentent, ne diffèrent de celles du maniaque franc que par la tonalité que leur confère l'état affectif. Ces signes discordants que nous avons

relevés, ont un caractère franchement maniaque ; aussi croyons-nous que l'on peut affirmer avec Specht, qu'il n'est pas paradoxal de songer à la manie en face des formes les plus typiques de la mélancolie agitée. C'est la théorie de la psychose maniaque dépressive qui pourra nous permettre de comprendre de la façon la plus satisfaisante le complexe clinique de l'agitation anxieuse.

SITUATION CLINIQUE

Essayer d'assigner à la mélancolie anxieuse une place déterminée dans le domaine de la psychose maniaque dépressive serait évidemment illusoire, si ce groupe morbide ne doit comprendre que les cas où des accès plus ou moins francs, maniaques ou mélancoliques se montrent avec une périodicité régulière au cours de l'existence. A côté des formes nettement périodiques, il en est indubitablement dans lesquelles les accès sont apparus à intervalles irréguliers, où le premier s'étant montré par exemple dans la jeunesse, le second n'a éclaté qu'à une époque assez avancée de la vie. Il est même possible de décrire des formes tardives de la psychose maniaque dépressive dont une première atteinte ne s'est manifestée qu'à un âge déjà avancé, sous forme d'un accès maniaque franc, par exemple. Kræpelin a insisté dans ces cas sur la fréquence dans les antécédents du sujet de phénomènes d'excitation et de dépression plus ou moins larvés, passant le plus souvent inaperçus, mais qui sont de véritables réductions des grands accès et ont la même valeur diagnostique. D'autres vont même plus loin, et affirment la possibilité de

l'apparition de la psychose maniaque dépressive chez des sujets jusqu'alors à peu près normaux, même si l'accès n'a pas récidivé.

Specht qui part de la supposition que la psychose maniaque dépressive forme une entité clinique comme en médecine générale, la tuberculose, élargit encore son domaine, en lui annexant le groupe presque entier de la paranoïa et en particulier des quérulantes. Cette extension envahissante de la psychose maniaque dépressive dont les frontières semblent devoir se reculer encore, qui, à l'heure actuelle, a englobé une bonne partie de l'ancienne hystérie, de la neurasthénie, des psychoses des dégénérés, suscite quelques protestations, et certains auteurs se demandent actuellement ce qui en dehors, des psychoses organiques et toxiques, subsiste de la psychiatrie partagée presque entièrement entre la psychose maniaque dépressive et la démence précoce. Sans entrer dans les discussions auxquelles a donné lieu la délimitation de la psychose maniaque dépressive et sans vouloir aller aussi loin que les auteurs précités, nous pouvons adopter de la psychose maniaque dépressive une définition s'appliquant à l'ensemble des faits, celle donnée par exemple dans la monographie de Deny et Camus, et la considérer comme « une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par l'alternance, la répétition, la juxtaposition ou la coexistence de phénomènes d'excitation et de dépression ». Cette psychose peut, par des associations symptomatiques nombreuses, réaliser des aspects cliniques polymorphes et présenter des modes d'évolution des plus variés.

Avec une semblable conception, nous ne voyons guère de raison de ne pas accepter l'opinion des auteurs qui rangent la mélancolie anxieuse dont la psychose maniaque dépressive. Entre les deux affections, il est en effet impossible de tracer de limites nettes, faute de caractères différentiels nettement pathognomoniques. La psychose d'angoisse est une manifestation souvent tardive de la psychose maniaque dépressive. Il est incontestable qu'elle s'observe surtout à l'âge d'involution, que l'on peut parfois en enregistrer des guérisons en apparence du moins définitive. Peut-être est-ce à l'âge du malade que l'on doit attribuer l'aspect particulier de l'affection ? On peut en effet voir chez des sujets qui ont eu durant leur jeunesse des crises de dépression simple, survenir à l'âge mûr un accès du type anxieux, comme M. Séglas en a rapporté récemment à la Société de Psychiatrie une observation des plus nettes. L'excitation maniaque, lorsqu'elle se montre à l'âge d'involution, affecterait aussi pour certains auteur une allure un peu particulière.

La psychose maniaque dépressive renferme une foule de types cliniques polymorphes. jusqu'alors mal classés, complexes de phénomènes d'excitation et de dépression, se rapprochant davantage suivant la prépondérance de l'un ou de l'autre de ces symptômes, tantôt de la manie, tantôt de la mélancolie, syndrômes qu'il est classique de considérer comme exclusivement composés, le premier d'excitation, le second de dépression, s'il est possible d'admettre la réalité clinique de l'excitation ou de la dépression pure. La théorie des états mixtes permet de classer

de façon satisfaisante toutes ces formes litigieuses, et de nombreux schémas imaginés par des auteurs et déjà devenus classiques, en particulier les schémas récents de G. Ballet et de Deny, s'ils ne peuvent prétendre reproduire l'infinie variété des faits ont du moins l'avantage de montrer les analogies et les différences des formes les mieux individualisées et de laisser concevoir la possibilité d'autres états intermédiaires.

Dans ce tableau des manifestations diverses de la psychose maniaque dépressive, est-il possible de trouver une place pour la mélancolie anxieuse?

Si nous envisageons des cas typiques, tels que ceux des malades des Observations V et VI, il est indiscutable que ce sont les phénomènes d'excitation qui sont au premier plan et frappent tout d'abord l'observateur. Les malades sont exaltées dans le domaine intellectuel comme dans le domaine moteur; on pourrait à la rigueur soutenir aussi qu'il y a chez les anxieux de l'excitation affective, de nature particulière il est vrai, état d'exaltation douloureuse, d'exagération morbide de la sensibilité morale nettement distinct du trouble affectif du déprimé simple. Le schéma représentatif de la mélancolie anxieuse serait ainsi absolument superposable à celui de la manie franche, l'excitation affective se produisant seulement dans un sens différent. Il nous paraît plus juste, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, de ranger parmi les émotions dépressives, celles qui, comme l'angoisse et comme la colère, ont à leur base un sentiment pénible. Ainsi comprise, la mélancolie anxieuse réalise un type parfait d'état mixte com-

posé de dépression affective et d'excitation motrice et psychique comme la manie coléreuse. Le schéma de ces deux états sera donc absolument le même ; tous deux seront englobés dans l' « excitation avec dépression affective » de Deny. Ce rapprochement de deux états qui, au premier abord, peuvent paraître aussi différents que la manie coléreuse et la mélancolie anxieuse, paraîtra peut-être assez légitime si l'on tient compte des faits cliniques que nous avons rapportés, et qui nous montrent la combinaison, la coexistence possible, assez fréquente même de la colère et de l'anxiété et la succession et l'alternance chez les mêmes malades des tableaux symptomatiques de manie coléreuse et de mélancolie anxieuse. Cette dernière, par sa symptomatologie, se rapproche plus de l'excitation maniaque que de la mélancolie simple.

CONCLUSION

1° La mélancolie anxieuse par les particularités de la symptomatologie a posé de tous temps un grave problème clinique. Tandis que certains auteurs inclinaient à séparer nettement la mélancolie anxieuse de la mélancolie simple ou de la psychose maniaque dépressive, d'autres, ne voyaient en elle qu'une forme particulière de la mélancolie classique.

2° Ni l'observation clinique, ni l'analyse psychologique ne nous permettent d'accepter cette dernière opinion.

3° D'autre part, de l'aveu même de Kræpelin, la mélancolie d'involution dans laquelle il englobait la mélancolie anxieuse doit être rayée de nos classifications.

4° Ainsi, la clinique nous amène à rattacher à la psychose maniaque dépressive la mélancolie anxieuse, tout en nous interdisant de l'assimiler à de la dépression pure.

5° En effet, elle se présente à nous comme un complexe symptomatique formé d'anxiété, d'excitation motrice et intellectuelle.

6° Dès lors, il est naturel de la rattacher aux

états mixtes de la psychose maniaque dépressive.

Sa physionomie clinique permet de la rapprocher de ce que Kræpelin a décrit sous le nom de manie coléreuse ou de l'identifier à « l'excitation avec dépression affective » de Deny, qui engloberait à la fois la mélancolie anxieuse et la manie coléreuse dont l'observation clinique nous a montré les affinités.

7° Au point de vue de la nomenclature, suivant qu'on prend en considération l'état seul de l'affectivité ou les proportions relatives d'excitation et de dépression, la mélancolie anxieuse pourra conserver son nom ou mériter au contraire d'être désignée sous le nom un peu paradoxal de manie anxieuse.

Vu : le président de la Thèse,

DÉGERINE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

AUTEURS CONSULTÉS

G. Lalanne. — Des états anxieux dans les maladies mentales
[Congrès de Genève, 1902].

Londe. — De l'angoisse [Rev. de Médecine] 1902.

Brissaud. — Névrose d'angoisse [Semaine Médicale] 1890.

Dumas. — La tristesse et la joie.

Ribot. — Psychologie des sentiments.

Masselon. — La Mélancolie.

Denj et Camus. — La psychose maniaque dépressive, 1906.

Antheaume. — Rapport au Congrès de Genève (1907).

Arsimoles. — Sétropholie périodique dans la Mélancolie
anxieuse. [Arch. générale de Médecine,] 1906.

Péri. — Excitation sexuelle dans l'angoisse. (Rev. Neur. 1902).

Morel. — Du délire panophobique des aliénés gémissants
(Annales Médico-Psychologiques) 1871.

Cullerre. — Traité des maladies mentales. Excitation sexuelle
dans les psychopathies anxieuses, 1902

Magalhaes Semos. — Perte de la vision mentale des objets dans
la Mélancolie anxieuse (Annales Médico-Psychologi-
ques 1906).

Cangras. — Thèse (Paris 1900).

Séglas. — Leçons cliniques. Séméiologie (in Traité de Ballet).
Société de Psychiatrie (Nov. 1908). Mélancolie inter-
mittente, 3 accès du type maniaque dépressif, 4^e du
type anxieux.

- Régis.* — Précis de Psychiatrie.
- Rogues de Purzac.* — Psychiatrie.
- Ballet.* — Traité de Médecine. Traité de Pathologie mentale.
(art. mélancolie). Les états mixtes de la psychose périodique (représentation schématique) Encéphale 1909.
- Kraepelin.* — Psychiatrie 6^e 7^e et 8^e Éditions. Préface de Dreyfuss.
- Dreyfuss.* — Die. Mélanchole (1907).
- G. Specht.* — Ueber der Augstaffect im manisch depressiven Irresein. (Zent-für New. und Psychiatrie) 1907.
Structur und Klinische Stellung der Mélanchole agitata. (Z. B. f. N. u. P. 1908).
- Hübner.* — Die Klinische Stellung der Involutionen mélancolie.
Z. B. f. N. u. P. 1908.
- Thalbitzer.* — Mélanchole und Dépression. Allgermaine Zeitschrift für Psychiatrie. 1906.
- Kolpin.* — Klinische Beiträge zur Melancholie frage. (Archiv, f. Psychiatrie 1904).
- Scholt.* — Beitrag zur Kenntniss der Mélanchole (Archiv, f. Ps. 1903).
- Berger.* — Klinische Beiträge zur Mélanchole frage (Neur. Zeut. 1909).
- Westphal et Kolpin.* — Bemerkungen zum Aufsätze von Specht über den Augstaffect im M. D. Irresein. (Zeut. B. 1907).
- Zieten.* — Situation clinique des Psychoses anxieuses. (Encéphale 1909).
- Bresler.* — Analyse lines Palles von Melancholie mit Verbi-
geration (Revue Zeut. 1897).
- Aikin.* — A case. of Melancholia agitans (N. 9. Etate Journal of médecin 1903).
- Wernicke.* — Grundriss der Psychiatrie (1906).
- Bumke.* — Ueber die Umgrenzung der M. D. Irreseins. (Zeut. Bl. 1909).
- Hoche.* — Die Melancholie frage (Zeut. B. 1910).
- Porster.* — Ueber Melancholie (Charité annalen 1910).

PARIS

Imprimerie JOUVE et Cie, 15, Rue Racine.
